

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 186

LA
MALADIE DE DERCUM

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 13 Juillet 1920

PAR

Marie GALEN

Né à Montpellier, le 27 novembre 1891

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

{ DUCAMP, professeur *Président.*
BERTIN SANS, professeur. } *Assesseurs.*
LEENHARDT, agrégé.
EUZIERE, agrégé.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

3, Rue Ferdinand-Fabre

1920

LA
MALADIE DE DERCUM

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 186

LA

MALADIE DE DERCUM

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 13 Juillet 1920

PAR

Marie GALEN

Né à Montpellier, le 27 novembre 1891.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

{	DUCAMP, professeur	<i>Président.</i>	
	BERTIN-SANS, professeur.		
	LEENHARDT, agrégé.		
	EUZIERE, agrégé.		
}		<i>Assesseurs.</i>	

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANÉ

3, Rue Ferdinand-Fabre

1920



PERSONNEL DE LA FACULTE

Administration

MM MAIRET (*)	DOYEN.
FORGUE (O *)	ASSESEUR.
IZARD	SECRETAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM TEDENAT (O *)
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (*)
Physique médicale	IMBERT (*)
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL
Clinique chirurgicale	FORGUE (O *)
Clinique ophtalmologique	TRUC (O *)
Physiologie	HEDON (*)
Histologie	VIALLETON
Clinique médicale	DUCAMP (*)
Anatomie	GILIS (*)
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (*)
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC
Hygiène	BERTIN-SANS (H)
Clinique obstétricale	VALLOIS
Thérapeutique et matière médicale	VIRES (*)
Anatomie pathologique	MASSABUAU (H)
Chimie biologique et médicale	DERRIEN (H)
Microbiologie	N...
Pathologie interne	N...
Clinique médicale	N...
Médecine légale et toxicologie	N...

Professeurs adjoints : MM. DR ROUVILLE, MOURET, VEDEL

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (*)

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique	MM DR ROUVILLE, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, prof.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	VEDEL, prof.-adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU (O *), a. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, * (H), a. l. (ch. de c.)
Pathologie externe	RICHE, agrégé (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards	EUZIERE, agrégé (ch. de c.)
Accouchements	P. DELMAS, agrégé (ch. de c.)
Matière médicale	CABANNES, agrégé (ch. de c.)
Microbiologie	LISBONNE, agrégé (ch. de c.)
Stomatologie	WATON * (H), doct. (ch. de c.)

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM CABANNES	MM ETIENNE
GRYNFELT (*)	P. DELMAS	LISBONNE
LEENHARDT	EUZIERE	PECH * (ch. d'agr.)
GAUSSEL * (H)	J. DELMAS (H)	VALLOISH. * (ch. d'agr.)
RICHE	RIMBUD *	

Examineurs de la thèse

MM. DUCAMP, professeur, <i>président</i> .	—	MM. LEENHARDT, agrégé.
BERTIN-SANS, professeur.	—	EUZIERE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE
DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

*Bien faible témoignage de ma profonde
reconnaissance.*

A MES FRÈRES ET SŒURS

M. GALEN.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR DUCAMP

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Auprès duquel nous avons toujours
trouvé un bienveillant accueil.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ LEENHARDT

*Qui a bien voulu nous inspirer le sujet
de notre thèse.*

A MON JURY DE THÈSE

A TOUS MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MEIS ET AMICIS

M. GALEN.

M. BLOUQUIER DE CLARET, interne des hôpitaux de Montpellier, nous a donné de précieux conseils pour la rédaction de notre thèse : qu'il veuille bien trouver ici, l'expression de nos remerciements.

Hippocrastes a basti le livre doctoral de « l'Estat du parfait medecin », lequel je desclare encaqué de choses disertes. Tous ses propos, abouchements et confabulations ne les ai point espluchées, mais sont grandement véridiques, le tout inclyte et docte Rabelais, l'escriit en son quatrième pantagruélique.

Hippocrastes adonc commande rien estre au medecin qui puisse offenser le patient. L'eschollier icy présent, est un bien esreiné patient, Messires, ne l'estrapadez pas jusqu'à vilaine mort, c'est-à-dire l'obliger à ciller par vos absconses questionnaires pourquoi il choperait a quia. Je tressue de grand ahan, puisque votre haute sapience escorche d'effroi les ventricules de mon cœur; de mon venteux cerveaul non a bourlet peuvent simplement forissir des faratz de fariboles fanfreluchées. Si en mon infantelet escriit, Messires, descouvrez rogations de vérité, excusez ma volerie, c'est vôtre, mais, hen, hen, hen les ballourdes y contenues, elles sont miennes. Votre substantifique enseignement me baillera, si ma ferveur en votre étude est continuelle, l'occasion de garder en ce val, des égotants hastifs pour la nauf adhéronique. Messires, je les soignerai toujours, Dieu les guérira rares fois.

Pardon, Messires, je vous requiers humblement me concéder le doctorat bonnet, ce sera joye pour vous.

Beatius est dare quam accipere.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555617_0178

LA MALADIE DE DERCUM

HISTORIQUE

L'association de l'obésité et de la douleur — symptômes de la maladie de Dercum — a échappé à l'attention des observateurs jusqu'à l'époque contemporaine.

Les écrits historiques les plus éloignés de nous font pourtant allusion à l'obésité, et les auteurs anciens citent le nom d'obèses illustres. Galien, parlant de Nicomaque de Smyrne, dit que son corps était parvenu à une grosseur extraordinaire et l'empêchait de se remuer. Epaminondas, général thébain, fut peut-être l'homme le plus gros de l'antiquité, si l'on ajoute foi au récit d'après lequel trois hommes parvenaient à peine à embrasser son corps.

Plus près de nous, les rois d'Angleterre Guillaume I^{er} le conquérant et Henri VIII, furent célèbres par leur corpulence. On raconte à ce sujet l'anecdote suivante :

Guillaume I^{er}, en 1067 réclame au roi de France la région du Texin. Philippe I^{er} lui répondit par cette plaisanterie sur son luxuriant embonpoint : « Le roi d'Angleterre

est en couches, il y aura force cierges à ses relevailles ». « Par la splendeur de Dieu, répliqua Guillaume, je vais en allumer cent mille aux frais de Philippe ». Pour tenir parole il incendie le Vexin et brûle Mantes. La polysarcie a également retenu l'attention des artistes. Au xvii^e siècle Rubens, à côté de scènes religieuses ou héroïques, peignit volontiers d'opulentes beautés; les toiles de son élève Jordaens sont un plantureux étalage de chairs roses et grasses et de gorges rebondies. A la fin du xviii^e siècle Proudhon, Ingres exécutent des portraits de somptueuses beautés. Ce dernier artiste peint sa baigneuse aux formes amples et pleines; ses portraits de femmes qui nous montrent des beautés singulièrement replettes nous renseignent sur l'embonpoint de ses contemporains.

Si l'obésité, ainsi illustrée par les artistes, a été un sujet d'étude pour les médecins, ceux-ci n'ont point, avant la période contemporaine, étudié son association avec la douleur. Dercum, le premier, en 1888, écrit à Philadelphie, une étude « sur la dystrophie du tissu conjonctif sous-cutané du bras et du dos, associée à des symptômes ressemblant au myxœdème ». Quelques années plus tard il donne à ce syndrome le nom d'adipose douloureuse.

Cette affection est ensuite étudiée sous des noms différents par divers auteurs. Le docteur Henry la décrit sous le nom de « paratrophie myxœdémateuse ». Horlat et Gallois l'appellent « adipose généralisée d'origine tropho-névralgique ». Plus tard, Collins, Peterson et Loweland, Wald en Allemagne, Giudicandra en Italie, étudient cette affection. Après 1900, les observations se multiplient sous l'impulsion de Achard, Laubry, Simionesco. Les travaux importants sur cette question seront indiqués au chapitre de la bibliographie.

L'ETIOLOGIE

La femme est bien plus souvent atteinte que l'homme; le début de l'adiposité douloureuse, dans le plus grand nombre des observations, est contemporain de la ménopause. Quelques exceptions existent pourtant; Hale White décrit la maladie de Dercum chez une jeune fille de 22 ans; Achard en observe un cas chez une femme de 79 ans.

Dans les antécédents personnels de ces malades, on relève des tares diverses: syphilis, alcoolisme, nervosisme, etc. Les manifestations nerveuses (attaques épilepsie, hystérie, idiotie) sont souvent mentionnées par les auteurs; la fréquence des maladies de Dercum chez les aliénés est un fait à signaler.

SYMPTOMATOLOGIE

Douleur et obésité sont les symptômes essentiels de la maladie de Dercum. Le début est lent — la maladie met tant plusieurs années pour arriver à sa période d'état. Dans quelques observations la maladie semble progresser par poussées. Une légère réaction thermique et des douleurs accompagnent parfois l'infiltration graisseuse des tissus.

A la période d'état, la maladie revêt l'une des trois formes suivantes: 1° la forme nodulaire; 2° la forme diffuse localisée; 3° la forme diffuse généralisée.

1° Dans la forme nodulaire des saillies apparaissent — parfois symétriques dans toute l'étendue du tégument, sur un fond infiltré de graisse; les pieds, les mains et la tête sont respectés; l'apparition de ces nodules graisseux provoque des douleurs locales accrues par la pression;

2° La forme diffuse localisée commence par une infiltration pseudo-œdémateuse des téguments; elle se localise soit au niveau des membres, en manchette autour de la cheville et du poignet; soit dans la paroi abdominale, ou aux lombes. Ce pseudo-œdème fait place à l'installation définitive de la graisse. Un capitonnage dû à des rétractions conjonctives apparaît à la surface de cette tuméfaction localisée.

Dans la forme diffuse généralisée l'infiltration graisseuse se fait partout de façon à peu près uniforme mais respecte toujours les extrémités.

Douleurs. — Elles siègent au niveau des masses lipomateuses et non sur le trajet des nerfs; plus ou moins violentes suivant les sujets, elles demandent à être recherchées chez les aliénés. Elles sont spontanées; souvent paroxystiques; la pression des masses graisseuses les fait apparaître ou les accroît. Les malades les comparent à des brûlures ou des élancements. Ces douleurs paraissent liées à la névrite des filets nerveux terminaux causée par la compression des masses lipomateuses.

Des troubles de la sensibilité subjective accompagnent parfois ces douleurs; ces malades peuvent présenter aussi des placards d'hypéresthésie ou d'anesthésie comme dans l'observation I, sous la dépendance probable des lésions névritiques mentionnées.

Symptômes secondaires. — L'asthénie, les troubles mentaux sont des symptômes souvent notés, mais inconstants de la maladie de Dercum; l'asthénie relèverait de la douleur, d'après certains auteurs; le parallélisme entre ces deux symptômes contredit cette opinion; des Dercum peu douloureux s'accompagnent d'une asthénie marquée, comme nous le verrons plus tard; la pathogénie de cette maladie nous incite à faire dépendre ce symptôme d'un déséquilibre de la sécrétion des glandes endocrines.

Les troubles mentaux sont polymorphes, revêtant l'aspect de la dépression morale, de l'affaiblissement intellectuel; dans un certain nombre d'observations ils nous ont paru sous la dépendance d'affections évoluant parallèle-

ment au Dercum et ne nous semblent pas pouvoir lui être rattachés.

D'autres troubles sont aussi mentionnés : épistaxis, hématomèses, dysménorrhée ; l'oligurie est fréquente ; le taux de l'excrétion de l'urée n'est pas sensiblement modifié.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est à envisager suivant les différentes formes de la maladie de Dercum.

Dans la forme diffuse nous ne citerons que pour mémoire le diagnostic d'avec l'anasarque généralisée et l'éléphantiasis des Arabes, la première faisant partie d'un syndrome cardio-vasculaire ou rénal, la deuxième évoluant par poussées aiguës et fébriles avec des séquelles consistant en adénopathies, phlébites, placards papillomateux. De plus l'éléphantiasis se localise habituellement au niveau du scrotum et des membres inférieurs.

Le myxœdème pourrait prêter à confusion avec la forme diffuse du Dercum; dans le myxœdème le gonflement n'est pas douloureux, ne respecte ni les extrémités ni la face ou au contraire prédomine la bouffissure.

L'obésité banale ne pourra guère être confondue avec le Dercum; elle ne s'accompagne ni de douleurs, ni de troubles sensitivo-sensoriels; la répartition de la graisse est diffuse et généralisée à tout le corps.

FORME NODULAIRE

Les gommes syphilitiques ou tuberculeuses seront distinguées aisément des nodules de l'adipose douloureuse;

elles sont moins nombreuses et leur évolution est caractéristique.

Les localisations classiques des abcès froids et leur évolution ne permettront guère l'hésitation.

La neuro-fibromatose, maladie de Recklinghausen est de diagnostic plus difficile; la congénitalité de l'affection, la situation des tumeurs sur le trajet des nerfs, l'importance des troubles psychiques identifieront cette maladie.

L'adéno-lipomatose se reconnaîtra à la localisation des tumeurs au cou, à la nuque, à la région cervico-faciale entourant la tête d'un énorme collier.

Le sarcome dermo-hypodermique colore la peau en lilas violet, occasionne des métastases, présente une tendance à l'induration, qui assureront le diagnostic.

De même l'hyperthrophie ganglionnaire accusée, un mauvais état général accompagnant la présence de tumeurs violacées et molles, feront reconnaître des tumeurs leucémiques.

Le mycosis fongoïde présente aussi des plaques infiltrées; le prurit qu'elles provoquent, la présence d'érythèmes et la tendance à l'ulcération de ces tumeurs, révéleront leur nature.

La lèpre fait des tubercules plutôt que des tumeurs; leur siège est dermique et leur localisation ne respecte point la face.

Le trophœdème chronique est caractérisé par un œdème chronique, dur, indolore, de coloration blanchâtre, ne respectant pas les extrémités et se poursuivant depuis la racine des orteils jusqu'au milieu de la jambe.

C'est, de plus, une affection congénitale héréditaire familiale.

Dans le pseudo-éléphantiasis neuro-arthritique, le gonflement œdémateux est symétrique, localisé aux jambes, du

genou à la cheville, avec intégrité des pieds. Il survient à la ménopause chez des arthritiques.

Les dermatolysies du thorax et de l'abdomen, avec pachydermocèles, affections congénitales, seront facilement reconnues et différenciées de la maladie de Dercum.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les différentes constatations anatomo-pathologiques intéressantes rapportées par les auteurs, ont trait: 1° à la constitution des nodules graisseux; 2° aux lésions du système nerveux périphérique et central; 3° aux lésions des glandes à sécrétions internes.

Dercum, en pratiquant avec un gros trocart, une série de ponctions dans le tissu d'un même malade, note qu'à un premier examen les fragments graisseux montrent des cellules fusiformes à gros noyaux et très peu de cellules graisseuses. A un deuxième examen le tissu conjonctif devient plus abondant et les cellules graisseuses sont plus nombreuses. A un troisième examen Dercum signale un abondant tissu conjonctif réticulé avec des éléments vasculo-nerveux. L'évolution anatomique des tumeurs graisseuses semble donc comprendre un stade primitif de gonflement oedémateux suivi de transformation adipeuse, aboutissant à la sclérose.

Sous l'influence de la prolifération graisseuse et, sans doute, de la compression qu'elle provoque sur les filets nerveux périphériques, ceux-ci dégénèrent. Histologiquement ils présentent des lésions de névrite interstitielle avec diminution et atrophie des fibres nerveuses. Les gros troncs nerveux restent indemnes.

Le système nerveux central présente parfois quelques

lésions; Dercum mentionne la dégénérescence des cordons de Goll à la région cervicale. Burr signale une hydromyélie avec lésions de chromatolyse du groupe latéral externe des cellules de la moelle. Ces lésions nerveuses, décrites par ces auteurs, expliquent sans doute les accidents nerveux qu'ont présenté leurs malades et qui se surajoutaient, chez eux, au syndrome de Dercum; elles ne semblent pas pouvoir être rangées au nombre des lésions tenant sous leur dépendance les symptômes de l'adiposité douloureuse.

L'autopsie de malades atteints de Dercum montre l'extrême fréquence, la constance même, des lésions du système des glandes à sécrétion interne. Le corps thyroïde, l'ovaire, l'hypophyse sont inégalement touchés.

Le corps thyroïde est souvent hypertrophié; Dercum, dans une observation, note qu'il est envahi par une infiltration calcaire. Guilain et Alquier trouvent à l'autopsie d'une malade atteinte de Dercum, un corps thyroïde pesant 56 grammes. Marchand et Nouet, en 1911, observent un corps thyroïde pesant 172 grammes. L'examen histologique du cas rapporté par Gilain et Alquier leur montre des vésicules bien développées de dimensions supérieures à la normale, et remplies d'une substance colloïde ayant l'aspect et les réactions tinctoriales de l'état normal.

Dans le cas de Marchand et Nouet, la glande thyroïde est formée d'un tissu scléreux très dense, dominant partout. Les vésicules perdent, par places, leur caractère régulier; dans le tissu conjonctif très dense on trouve des cellules épithéliales éparpillées par places. Le tissu revêt la physionomie de l'adénome.

Les altérations de l'ovaire sont aussi très fréquentes; le plus souvent la glande est atteinte de sclérose; la couche musculaire est diminuée d'épaisseur; on ne trouve point d'ovisac.

L'hypophyse est presque constamment touchée; les lésions n'atteignent que la portion glandulaire de l'organe; la portion nerveuse reste indemne. On a mentionné la dégénérescence gliomateuse de la glande; on a souvent constaté une abondante prolifération de tissu conjonctif circonscrivant des espaces allongés où se montrent de grandes cellules claires disposées sans ordre sur plusieurs rangs.

PATHOGENIE.

De la lecture des observations anatomo-pathologiques faites par les auteurs sur des sujets atteints de Dercum, on ne peut manquer d'être frappé par la fréquence des lésions du système nerveux périphérique et du système des glandes endocrines.

Dercum ayant remarqué l'extrême fréquence de la première catégorie de lésions, pensait que l'adiposité douloureuse était une polynévrite. Dans cette hypothèse, l'on est amené à rechercher quels seraient les facteurs de cette polynévrite. La syphilis peut-elle être mise en cause? Elle est notée dans les antécédents de certains malades mais de façon très inconstante. De plus la syphilis est très répandue et les maladies de Dercum sont très rares.

L'alcoolisme a été incriminé. Dans un cas de Taylor et Luce, c'est au cours d'une névrite alcoolique qu'apparurent les masses graisseuses; les antécédents d'alcoolisme sont rarement notés dans les observations d'adiposité douloureuse; de plus si la maladie de Dercum était due à une polynévrite alcoolique sa fréquence serait plus grande chez les hommes que chez les femmes.

De Massary, s'appuyant sur les recherches de Landouzy, relatives à l'origine tuberculeuse de certaines adiposes viscérales, a vu, dans la maladie de Dercum, une forme larvée de tuberculose.

Les constatations anatomo-pathologiques sont défavorables à cette hypothèse; les lésions tuberculeuses rencontrées à l'autopsie de malades atteints de Dercum, sont une rareté.

L'extrême fréquence des lésions des glandes à sécrétion interne, dans l'adiposité douloureuse, a servi de point de départ à de nouvelles pathogénies de cette maladie. Tour à tour, l'ovaire, la glande thyroïde, l'hypophyse ont été incriminées. L'évolution progressive de la maladie tend à montrer qu'on est en présence d'un processus lent, constant, de l'ordre des auto-intoxications, dystrophie qui serait liée aux altérations de certaines glandes endocrines.

Le début habituel de la maladie de Dercum, au moment de la ménopause, son apparition dans un certain nombre d'observations, après une castration, devait attirer l'attention des observateurs sur la glande ovarienne. Des lésions de l'ovaire sont souvent constatées — comme nous l'avons vu au chapitre de l'anatomo-pathologie; si parfois elles paraissent au premier plan — par contre dans un grand nombre d'observations ces lésions sont peu marquées et leur importance paraît faible au regard de celles constatées sur les autres glandes à sécrétion interne. L'opothérapie ovarienne seule a donné des résultats constants et généralement assez médiocres.

Les mêmes objections peuvent être présentées à la théorie thyroïdienne de la maladie de Dercum: inconstance des lésions de la thyroïde chez des malades atteints d'adiposité douloureuse, résultat peu favorable et presque nul de l'opothérapie thyroïdienne. Claude et Sézary ont pourtant publié, en 1913, un cas de maladie de Dercum où, après échec de l'opothérapie ovarienne, l'opothérapie thyroïdienne amena rapidement la disparition de l'asthénie et des douleurs présentées par cette maladie.

La pathogénie hypophysaire de la maladie de Dercum a été défendue ces dernières années. Deux groupes d'arguments ont été invoqués; les uns sont d'ordre clinique, d'autres d'ordre expérimental et anatomo-pathologique.

1° L'association de l'acromégalie à l'adipose douloureuse a été parfois constatée; les troubles de la sécrétion hypophysaire auraient, dans ce cas, provoqué à la fois l'acromégalie et la maladie de Dercum. Tom Williams, dans le *Bulletin médical de Québec*, en 1911, a également décrit, chez une jeune fille, de 25 ans, l'évolution rapide d'une adiposité douloureuse avec narcolepsie; chez elle une radiographie latérale du crâne a montré un agrandissement et un approfondissement de la selle turcique caractéristiques d'une hypertrophie de l'hypophyse. Le rétrécissement de son champ visuel, la diminution notable de son acuité visuelle, « des maux de tête entre les yeux » se surajoutaient chez elle au syndrome de Dercum.

Fröhlich a décrit un syndrome de dégénérescence adiposo-génitale caractérisé par une adiposité marquée au niveau des régions riches en tissu graisseux, se développant chez les jeunes, et par une dystrophie génitale prenant le type de l'hypo-fonctionnement génital. Ce syndrome serait sous la dépendance de l'insuffisance hypophysaire.

L'action de l'hypophyse sur la nutrition — dans l'acromégalie et le syndrome de Frohlich, a été invoquée aussi dans la maladie de Dercum, pour expliquer la production des masses graisseuses;

2° Des arguments d'ordre expérimental et anatomo-pathologique ont été fournis pour corroborer ceux d'ordre clinique. Le professeur Livon, de Marseille, en 1910, fait une hypophysectomie à un chien; à la suite de cette intervention, cet animal présente une adipose généralisée et

des troubles trophiques. Chute de poils, escarre. A l'autopsie Livou trouve à la région hypophysaire un adénome kystique de régénération.

Alezais et Peyron, observant trois hypophyses provenant de sujets atteints d'adiposité douloureuse, constatent des lésions très marquées de cette glande; dans deux cas la structure glandulaire avait disparu, faisant place à des dispositions de cancer massif; dans un troisième, le volume était double de la normale. On ne peut oublier, d'autre part l'extrême fréquence des lésions de l'hypophyse mentionnés par les auteurs.

La théorie ovarienne, thyroïdienne et hypophysaire de la maladie de Dercum, ont été défendues; chaque auteur apporte à l'appui de sa thèse des observations qui lui sont favorables.

Si la lecture de ces observations met en évidence la constance des lésions du système des glandes endocrines, par contre leur localisation sur telle ou telle glande ne paraît point du tout établie. Les lésions sont multiples et à prédominance variable. Il ne nous semble donc pas, que l'on puisse faire dépendre la maladie de Dercum des troubles de sécrétion d'une seule glande. Les résultats de l'opothérapie corroborent, semble-t-il, cette opinion; dans quelques cas, l'opothérapie ovarienne paraît efficace; dans d'autres, où elle échoue, l'opothérapie thyroïdienne se montre active. Le fonctionnement des glandes à sécrétion interne, dans l'adiposité douloureuse, paraît perturbé aux auteurs modernes, et cette perturbation intéresse, à des degrés divers, plusieurs glandes. La maladie de Dercum serait due à un déséquilibre des fonctions des glandes endocrines avec troubles sécrétoires prédominant, tantôt sur une glande, tantôt sur une autre. Le mécanisme du déséquilibre général fonctionnel, commence aujourd'hui à être

entrevu. Les rapports fonctionnels étroits qu'entretiennent entre elles les diverses glandes endocrines ont été démontré par des travaux modernes; Fichera, en 1905, note que chez les animaux châtrés l'hypophyse augmente de volume. Intaka-Khon constate, d'autre part, une augmentation de l'hypophyse dans plusieurs cas de castration chez la femme; inversement dans des cas de lésions hypophysaires on a observé une atrophie des organes génitaux. Des injections intra-veineuses d'hypophyse répétées, déterminent une hypertrophie des surrénales. La constitution histologique de la thyroïde est modifiée par l'ingestion prolongée de suc hypophysaire.

Les rapports fonctionnels des glandes endocrines entre elles, ainsi constatés, ne peuvent-ils suggérer une hypothèse au sujet du rôle spécial de l'ovaire dans la genèse de Dercum. Le déficit de la sécrétion ovarienne un peu avant la ménopause, et sa disparition à ce moment, ne pourrait-il pas déclencher des troubles sécrétoires dans les autres glandes endocrines. Ainsi s'expliquerait le facteur étiologique si fréquent que nous trouvons dans la maladie de Dercum, l'apparition des premiers symptômes de la maladie au moment de la ménopause.

Quelle est la nature des troubles sécrétoires; hyper, hypo ou parasécrétion? Il est impossible de répondre à cette question à l'heure actuelle; la pathogénie de l'adipose douloureuse ne sera d'ailleurs élucidée que le jour où de nombreuses observations cliniques et des recherches expérimentales, nous auront mieux fait connaître les troubles de sécrétion du système des glandes endocrines. Provisoirement il semble toutefois possible de conclure que la maladie de Dercum est un syndrome de sécrétion interne dans lequel tout l'appareil a ses fonctions perturbées.

THERAPEUTIQUE

Le traitement diététique habituel de l'obésité banale se montre ici complètement inefficace; on lui associe ordinairement l'opothérapie ovarienne, surrénale ou thyroïdienne.

Les incertitudes actuelles de la pathogénie entraînent celles de la thérapeutique. Nous n'avons pu recueillir des observations concernant l'opothérapie hypophysaire. Les agents auxquels on s'est adressé pour l'opothérapie thyroïdienne sont: la glande fraîche du corps thyroïde de mouton, à la dose d'un lobe administré dans du bouillon; le traitement est continué pendant deux ou trois semaines; puis on donne un lobe tous les deux jours. La méthode usuelle est l'ingestion de thyroïdine, glande thyroïde sèche en tablettes de 10 centigrammes. Trois tablettes représentent un lobe à l'état frais.

L'opothérapie ovarienne s'adresse rarement à la glande fraîche; la poudre d'ovaire est le procédé le plus couramment employé. On donne une dose moyenne de poudre desséchée de 25 à 30 centigrammes par jour. L'ocréïne — préparation de corps jaunes — est parfois utilisée sous forme de pilules de 2 centigrammes, dose moyenne: 6 pilules.

L'insuffisance polyglandulaire, qui semble exister dans la maladie de Dercum, pourrait être traitée par une opothérapie multiple. S'il était démontré ultérieurement que l'hypophyse, dans cette maladie, présente des troubles

d'hypersécrétion, un traitement radiothérapique serait à instituer. La technique en serait sans doute analogue à celle que Bécclère emploie dans la radiothérapie de l'acromégalie.

La thérapeutique de la maladie de Dercum est aujourd'hui incertaine; elle se précisera sans doute le jour où nous connaîtrons mieux les syndromes dus au déficit ou à l'hyperfonctionnement des glandes endocrines.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

(Due à l'obligeance de M. le professeur Leenhardt)

La malade entre dans le service de M. le professeur Ducamp pour dyspnée, œdème léger des malléoles qui daterait depuis un an, mais la malade n'y prêtait aucune attention et c'est seulement depuis le 14 du mois de mai qu'elle s'est arrêtée de travailler à cause de la dyspnée devenue continue; se plaint en plus de sueurs nocturnes profuses.

Antécédents héréditaires. — Père décédé à 45 ans d'une piqûre de vipère. Mère décédée à 66 ans, de pneumonie; trois frères et une sœur en bonne santé.

Antécédents personnels. — Agée de 52 ans, chiffonnière, mari décédé à 60 ans, après une courte maladie; un fils, âgé de 30 ans, devenu aveugle à 6 mois, d'ophtalmie. Pas de fausse couche. Rhumatisme articulaire aigu à l'âge de 10 ans. Il y a douze ans aurait été soignée dans le service de M. le professeur Grasset pour albuminurie et anurie ayant duré trois jours.

l'examen. — Ce qui frappe tout d'abord, c'est la disproportion qui existe entre la taille: 1 m. 51 et le développement de la région lombo-abdominale: 1 m. 32. La face et les membres, surtout inférieurs, ne sont pas atteints de



l'adiposité que l'on constate sur tout le reste du corps. A part quelques bourrelets graisseux à la base du cou, la tête est normale. Là où prédomine nettement le développement exagéré du tissu adipeux ce sont : la région dorsale où l'on constate un mantelet graisseux formant deux replis, l'un à la pointe des omoplates, l'autre dans la région lombaire et la région abdominale. Depuis 9 ans, la malade se croit atteinte d'une hernie ombilicale et porte un bandage herniaire qui n'a d'autre effet que de lui soutenir sa paroi abdominale retombant en un véritable tablier sur la partie antéro-supérieure des cuisses.

On se trouve en présence d'une infiltration diffuse de tissu adipeux et il n'est pas possible, sauf peut-être à la base du cou, de trouver des nodules distincts. Le poids est de 93 kilos. L'examen des divers appareils donne des résultats peu nets ; la malade, cependant accuse de la polyurie, de la cryesthésie, des crampes dans les mollets :

Analyse d'urines : quantité, 1.000 centimètres cubes ; glucose, néant ; albumine, traces ; chlorures, 12 gr. 2 ; densité, 1021, réaction acide ; urée 21 gr. 1 par litre. Dépôt : globules de pus. Cellules épithéliales : pas de cylindres.

A part une impossibilité absolue de trouver la pointe du cœur à la palpation, on constate que les bruits sont bien frappés ; rien d'anormal au niveau des orifices si ce n'est un éclat diastolique à l'aorte. T. M., 25 ; T. m., 11.

Quelques sibilances disséminées sur la hauteur des poumons et dyspnée d'effort. Anorexie. Rate et foie normaux. Ménopausée depuis 1912 aurait commencé à grossir un an auparavant.

Pas de lésions profondes à l'ophtalmoscope. Il existe un léger rétrécissement supéro-interne du champ visuel.

La radiographie décèle une légère augmentation du diamètre antéro-postérieur de la selle turque.

Le psychisme de la malade ne paraît pas des plus développés. Elle ne sait ni lire, ni écrire. De plus étant atteinte d'une surdité bilatérale prédominante à gauche, cela depuis une dizaine d'années et pour laquelle il a été porté le diagnostic de sclérose des tympons, elle vit, en dehors des autres malades, paraissant surtout préoccupée de sa fameuse hernie ombilicale inexistante. Les sens du goût, de l'olfaction, sont normaux. Les pupilles sont égales, régulières, contractiles.

La motricité des membres inférieurs est normale. On constate seulement une cicatrice siégeant au niveau de la partie supéro-antérieure de la jambe gauche, due à une brûlure, datant de l'enfance.

Réflexes rotuliens vifs, surtout à gauche; il en est de même des réflexes achilléens. Le Babinski est difficile à rechercher, car les deuxième orteils des deux pieds présentent une déformation en coup de vent qui les font chevaucher sur le gros orteil. Cependant avec un peu de soin on arrive à se rendre compte qu'il n'y a pas de Babinski. Il n'existe pas non plus de clonus de la rotule et du pied. Pas de dissociation thermo-algésique. Sensibilité à la douleur normale avec cependant un léger retard sur la partie antéro-externe du membre inférieur gauche. Hypoesthésie des plus nettes au niveau des régions scapulaires. Hyperesthésie, au contraire, de la partie supérieure des régions lombo-fessières et mammaires. Motilité normale des membres supérieurs et de la face. Du côté des téguments aucun trouble, si ce n'est des crises de sudation nocturnes. La malade accuse quelques douleurs spontanées au niveau des membres.

OBSERVATION II

(Marchand et Nouet, *in* Revue iconographique de la Salpêtrière. — Résumée

La malade entre à l'Asile d'Evreux en 1870. Le certificat de transfert porte le diagnostic d'imbécilité avec épilepsie et cécité. H. P... est internée depuis l'âge de 10 ans. Les accès épileptiques sont au nombre de 30 ou 40 par an environ. C'est en 1899 après la ménopause à l'âge de 49 ans qu'apparut le syndrome de Dercum. L'infiltration graisseuse a toujours progressé depuis cette époque. Le cou est énorme, la poitrine et l'abdomen, ainsi que la région fessière présentent une lipomatose diffuse. Les seins sont très volumineux. Au niveau des membres, il existe une infiltration qui augmente progressivement de la racine vers l'extrémité pour s'arrêter brusquement aux poignets et aux chevilles. Les pieds et les mains sont normaux. Toutes les régions adipeuses sont douloureuses à la pression. Le moindre contact amène chez la malade des mouvements de défense. La malade meurt à la suite d'une affection cardio-pulmonaire. A l'autopsie on trouve une glande thyroïde énorme pesant 172 grammes, atteinte de sclérose accentuée. Ovaires scléreux. Hypophyse normale.

OBSERVATION III

Observation de Claude et Sézary (*in* Gazette hôpitaux, 1913).

Malade âgée de 30 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 47 ans de tuberculose pulmonaire. Mère morte à 58 ans à la suite d'é-

transclement herniaire. La malade est la huitième de neuf enfants. Quatre sont morts en bas âge; un autre est mort à 34 ans de tuberculose pulmonaire. Les quatre enfants survivants sont bien portants; aucun n'est obèse; une sœur est très nerveuse, un frère a de l'urticaire et du dermatographe.

Antécédents personnels. — A 20 ans, crises nerveuses violentes et boiterie, tantôt d'un membre, tantôt d'un autre, probablement d'origine hystérique; asthénie de nature indéterminée.

Histoire de la maladie actuelle. — En octobre 1906, la malade éprouve sans raison des phénomènes douloureux diffus puis de la douleur dans les deux talons. Un léger œdème maléolaire se forme puis une « enflure » ferme, persistante apparaît.

Les membres inférieurs se tuméfient jusqu'à la région lombaire. Les membres supérieurs sont également tuméfiés. Quelques semaines après ce début, la malade présente de l'asthénie. En 1908, la tuméfaction gagne la poitrine et l'abdomen.

Les téguments deviennent douloureux à la pression. Depuis le début de la maladie, le poids de la malade est passé de 122 livres à 148 livres. Le caractère n'est point modifié.

En septembre 1908, l'adipose est généralisée, mais en certains points le tissu graisseux adhère aux téguments comme dans les lipomes. Les douleurs existent aux régions où l'on note l'aspect lipomateux des téguments. L'asthénie est très marquée. L'examen du système nerveux est négatif. Pas de lésion cardiaque. Le corps thyroïde est perceptible et non douloureux. Les urines ne renferment ni sucre ni albumine.

Evolution. — A son entrée à l'hôpital, la malade est soumise à l'opothérapie surrénale; pendant deux mois trois

cachets de 30 centigr. de poudre de surrénale. Une légère amélioration apparaît.

Un traitement ultérieur par l'ocréine ne donne pas de résultat; à sa sortie de l'hôpital, la malade revient à l'opothérapie surrénale; elle absorbe soixante cachets de surrénale sans amélioration.

En février 1910, elle se soumet à l'opothérapie thyroïdienne sous la forme de deux à quatre lobes frais de thyroïde par jour. L'action est remarquable. Trois semaines après, l'adipose et l'asthénie diminuent.

A ce moment, on cesse la médication; six semaines après la cessation de l'opothérapie les forces diminuent; de nouvelles plaques de tuméfaction apparaissent; on reprend l'opothérapie thyroïdienne qui les fait disparaître. Depuis ce temps, la malade prend pendant cinq à huit jours un lobe de glande thyroïde par jour, cesse pendant trois semaines puis recommence.

En juin 1910, la malade pèse 118 livres; ses téguments ne sont plus douloureux, l'asthénie a disparu. En 1913, elle se trouve dans le même état; il y a quelques mois elle avait cru pouvoir interrompre le traitement opothérapique la réapparition de placards tuméfiés l'avait obligée à le reprendre. Le maintien de l'amélioration est donc subordonné à l'ingestion du corps thyroïde.

CONCLUSIONS

I. — L'étiologie de la maladie de Dercum est incertaine; elle survient presque toujours chez la femme et débute au moment de la ménopause; des troubles nerveux sont assez souvent mentionnés dans les antécédents.

II. — L'obésité et la douleur sont les symptômes essentiels de la maladie de Dercum; l'obésité respecte la face et les extrémités; des symptômes secondaires d'asthénie et de troubles mentaux peuvent s'y surajouter.

La maladie revêt la forme nodulaire, la forme diffuse localisée, la forme diffuse généralisée.

III. — Quelle que soit la forme de la maladie de Dercum — en se reportant au chapitre du diagnostic différentiel — l'on peut se rendre compte que cette maladie peut être toujours diagnostiquée.

IV. — Les observations anatomo-pathologiques montrent la constance des lésions de plusieurs glandes endocrines.

V. — La pathogénie de la maladie de Dercum est encore incertaine, il semble toutefois que ce syndrome ne dépend pas uniquement d'un trouble sécrétoire d'une glande

endocrine, mais résulte d'un déséquilibre sécrétoire de plusieurs glandes.

VI. — La thérapeutique n'a donné que des résultats peu constants; l'opothérapie, sous ses diverses formes a parfois donné quelques succès; elle sera sans doute la méthode thérapeutique d'avenir et son efficacité sera grande quand elle pourra être basée sur la connaissance complète des divers troubles sécrétoires des glandes endocrines.

BIBLIOGRAPHIE

ACHARD et AUBRY. — L'adipose douloureuse. *Revue Neurologique*, 1901.

AIEVOLY. — La malattia di Dercum nelle sue affinità etiologiche et patogeniche con il lipomi. Incurabili, Napoli, 1905.

ALZONA. — Ricerche cliniche sopra un caso di adipositas dolorosa. *Policlin*, Roma, 1916.

BABONNEIX et SPANOWSKY. — Deux cas d'adipose douloureuse. *Bull. et Mém. Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1913.

BALLET. — L'adipose douloureuse. *Presse Médicale*, 1903.

BALLIANO. — Sopra un caso di malattia di Dercum. *Morgagni*, Milano, 1916.

BERKOWITCH. — De l'obésité d'origine génitale chez la femme et de ses rapports avec l'obésité douloureuse. *Thèse Paris*, 1908.

BERGERON. — A case of adiposis dolorosa with enlargement of the large new trunks. *New-York Medical Journal*, 1908.

BERNARD. — Adipose douloureuse d'origine tuberculeuse. *Bulletin et Mémoires, société de médecine des hôpitaux de Paris*, 1907.

- BORDE. — Etude clinique sur les rapports existant entre la maladie de Dercum et l'adipose simple. *Thèse médicale*, Paris, 1907.
- BURR. — A case of adiposis dolorosa with necropsy. *The journal of nervous and mental diseases*. New-York, 1900.
- CIAMUS et BENOÎT. — Sur un cas de maladie de Dercum. *Rev. gén. de clin. et de théér.*, Paris, 1912.
- CARLES. — Obésité et traitement thyroïdien. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1911.
- CLAUDE et SÉZARY. — Adipose douloureuse avec asthénie. action remarquable de l'opothérapie thyroïdienne. *Gaz. des Hôp.*, Paris 1913.
- CLARK. — Case with symptoms of Dercum's disease and hysterical manifestations. *The journal of nervous and mental disease*, New-York, 1919,
- DAMMAMM. — Zur pathologie der adipositas dolorosa (dercumsche Krankheit). *Frankfurt. Ztschr. f. path. Wiesb.*, 1913.
- FAVRE et TOURNADE. — Sur une variété d'adipose douloureuse localisée aux membres inférieurs atteints de sciatique. *Lyon médical*, 1913.
- FENARD. — L'adipose douloureuse. *Thès. Méd.*, Paris, 1911.
- FISCHER. — Dercumsche Krankheit und die Beziehungen zu den Blutdrüsen. *Deutsche méd. wochft.*, Leipzig und Berlin, 1914.
- FOURNIER. — Syndrome de Dercum par hypo-ovarisme syphilitique. *Ann. des mal. vénér.*, Paris 1919.
- GRASSET et RIMBAUD. — Physiop. génér., Montpellier, 1915.
- HIRSCHFELD. — Die dercumsche Krankheit. *Ztschr. f. d. ges. neur. u. psych.* Berlin et Leipzig, 1912.
- HORAND. — Un cas d'adipose douloureuse. *Lyon médic.*, 1911.

- HOUÉE. — Contribution à l'étude de la maladie de Dercum. *Thès. méd.*, Paris, 1904.
- JOFFRE. — De l'adipose douloureuse sans troubles psychiques marqués. *Thès. méd.*, Paris 1907.
- MARAGLIANO. — L'adiposi dolorosa. *Cron. d. clin. med. di Genova*, 1917.
- MARINESCO et MINÉA. — Deux cas de maladie de Dercum avec culture des tumeurs *in vitro*. *Compte-rendus Soc. biol.*, Paris 1916.
- MARTELLI. — Ricerche istografiche istochimiche et pathogenetiche sui lipomi nodulari simmetriche et sulla malattia di Dercum. *Riforma med.*, Napoli, 1918.
- MENDES. — Syndrome de Dercum. *Brazil med.*, Rio de Janeiro, 1917.
- MINGAZZINI. — Contributo clinico de anatomopathologico allo studio dell' adiposis dolorosa. *Policlin.*, Roma 1919.
- MIQUEL. — De la valeur nosologique de la maladie de Dercum. *Thès. méd.*, Paris 1903.
- POIRIER. — La maladie de Dercum. *Thès. méd.*, Montpellier, 1911.
- PRINET. — Contribution à l'étude du syndrome de Dercum, *Thèse méd.* Lille, 1907.
- RATHERY. — Opothérapie ovarienne et obésité, cures simples et cures associées. *Journ. méd. français*, Paris, 1914.
- REBECCA (Mme Lame Toporoff). — *Thèse méd.*, Montpellier, 1911.
- SCHMINCKE. — Zur pathologia der adipositas dolorosa. *Munchen med. Wchsft.* 1912.
- SELLERIN. — Contribution à l'étude de l'adipose douloureuse. *Thès. méd.*, Paris 1903.

TEIXEIRA, MENDES et MONTE-SERRA. — Sur un cas de syndrome de Dercum. *N. iconog. de la Salpêtrière*, Paris, 1917.

WITMAN. — Adiposis dolorosa (Dercum's disease). *With report of a case. Illinois M. J.*, Chicago, 1917.

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 9 juillet 1920
Le Recteur.
Jules COULET.

Vu et approuve,
Montpellier, le 9 juillet 1920.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
